



SCHEDA SEGNALAZIONE

Cognome e Nome Paziente _____ Data di nascita ___/___/___

Via/Piazza _____ n. _____ Comune _____ Prov. _____

TELEFONO: _____

INSORGENZA DEI
 SINTOMI:

PATOLOGIE ASSOCIATE:

- DIABETE
- SCOMPENSO
- BPCO
- DISMETABOLISMO/OBESITÀ
- NEOPLASIA

TERAPIA IN ATTO:

INVIARE PER E-MAIL ALL'INDIRIZZO: uscapc@ausl.pc.it O TRAMITE FAX AL 0523/317612

Firma e timbro